

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 78

ÉTIOLOGIE
DES
PROLAPSUS GÉNITAUX
Chez les Nullipares

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marc CHADUC

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Saint-Bonnet-le-Bourg (Puy-de-Dôme), le 17 novembre 1880.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—
1904

ÉTIOLOGIE
DES
PROLAPSUS GÉNITAUX
Chez les Nullipares

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 78

ÉTIOLOGIE

DES

PROLAPSUS GÉNITAUX

Chez les Nullipares

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 janvier 1904

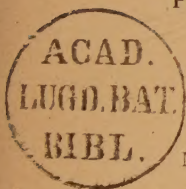
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marc CHADUC

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Saint-Bonnet-le-Bourg (Puy-de-Dôme), le 17 novembre 1880.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	X.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants.	WEILL.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie.	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIEPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène.	COURMONT (J.).
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. M. POLLOSSON, *Président* ; A. POLLOSSON, *Assesseur* ;
MM. CONDAMIN et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de filiale reconnaissance

A MON FRÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

Ma seconde famille.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A Mon Président de Thèse

Monsieur MAURICE POLLOSSON

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

CHIRURGIEN-MAJOR DE L'HÔTEL-DIEU

A Monsieur AUGUSTE POLLOSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIEN-MAJOR DE LA CHARITÉ

A mes Maîtres de Clermont et de Lyon

INTRODUCTION

Lorsqu'on étudie les prolapsus génitaux, on est frappé tout d'abord de l'importance considérable de la multiparité dans l'étiologie de ces affections ; cependant les grossesses multiples n'en sont pas la cause exclusive et tous les auteurs classiques signalent quelques cas de prolapsus survenus chez des nullipares.

A la suite de l'observation d'un cas analogue à la clinique gynécologique, cas qui fit l'objet d'une leçon de M. le professeur Auguste Pollosson, ce maître voulut bien nous confier le soin de rechercher dans la littérature médicale les cas antérieurement publiés et d'étudier les facteurs prédisposant à ces prolapsus.

En dépouillant la bibliographie de ce travail, nous avons été surpris de ce fait que les observations analogues dispersées çà et là n'avaient point été réunies en un faisceau unique et que notre travail serait le premier travail d'ensemble français : ces considérations ne pouvaient, d'ailleurs, qu'exciter notre curiosité et nous engager à poursuivre cette étude presque neuve.

Voici, maintenant, le plan qui nous a guidé dans notre travail :

1° Historique et essai de statistique ;

- 2° Étude des prolapsus congénitaux, variété rare ;
- 3° Influence de l'effort sur leur production ;
- 4° Étude des causes prédisposantes.

Arrivé au terme de nos études, nous sommes heureux de remercier ici ceux envers qui nous avons contracté des dettes de reconnaissance.

A nos maîtres de Clermont et, en particulier, à M. le docteur Bousquet, professeur de clinique chirurgicale, vont nos premiers remerciements.

M. le professeur Maurice Pollosson nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui en serons toujours reconnaissant.

M. le professeur Auguste Pollosson nous a obligeamment ouvert les portes de son service et nous a confié le sujet de cette thèse, heureux si nous n'avons pas trop déçu sa confiance et si nous n'avons pas été trop au-dessous de notre tâche.

Nous remercions enfin MM. les professeurs agrégés Tixier et Vallas. MM. les docteurs Repelin et Viollet qui nous ont communiqué leurs observations ou facilité le travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE — FRÉQUENCE

Nous aurions été heureux de pouvoir placer ici un historique complet de la question, mais ceci est fort difficile à cause de l'absence de travaux d'ensemble sur ce sujet.

Nous trouvons les prolapsus chez les nullipares signalés dès longtemps dans les vieux auteurs : De Graaf, Saviard, Mauriceau, Choppart. Monro a signalé un cas semblable chez une petite fille de 3 ans, et, depuis, Mac Clintock et Barnes en ont donné quelques exemples.

De Sinéty et Pozzi les signalent, mais n'ajoutent aucun fait nouveau, ne faisant que rapporter les cas que se transmettent tous les classiques : Barnes, Munde, Hadra, du Robercon, Whitehead, Scanzoni, Fletwood, Churchill, Nonat, Monro.

Mais ce ne sont là que des faits détachés, des observations isolées : les premiers, Trélat et son élève Vignard ont rassemblé quelques cas de prolapsus chez des nullipares (*Ann. de Gynéco.*, 1888). Après eux, un médecin allemand, Salli Lehr, dans une thèse de Berlin (1893), *Ätiologie des Uterusprolapsus bei Nulliparen* a ajouté 6 observations inédites à quelques autres antérieures aux siennes.

Reynier, au X^e Congrès français de chirurgie (1896), a produit 4 observations nouvelles et une théorie originale. Enfin Doléris, en 1898, a écrit un chapitre très complet sur une variété très rare : « les Prolapsus congénitaux. »

Ce sont les seuls travaux qui nous aient précédé : il semble donc que cette question ait été délaissée et nous en trouvons peut-être la cause dans la rareté relative des prolapsus génitaux des nullipares. Pour essayer d'établir leur fréquence, nous avons deux statistiques :

Scanzoni, sur 114 cas, note 15 fois la nulliparité, soit 13,15 %.

Duplay, sur 26 cas, n'a trouvé qu'une seule nullipare, soit environ 4 %.

Enfin nous-même, à la Clinique gynécologique de M. le professeur Auguste Pollosson, avons trouvé, sur 370 cas, 11 nullipares, soit 2,9 %.

De ces proportions différentes nous ne voulons pas conclure, laissant ce soin à une statistique plus vaste et à une plume plus autorisée.

CHAPITRE II

DES PROLAPSUS CONGÉNITAUX

Les prolapsus congénitaux sont chose excessivement rare, puisque Doléris, qui a d'ailleurs étudié ces faits d'une façon très complète dans *La Gynécologie*, 1898, déclare qu'il n'en existe que dix cas dans la science ; nous-même avons trouvé l'indication d'un onzième cas que nous n'avons pu contrôler à cause de son ancienneté (1825) et un douzième que nous transcrivons plus loin et qui est de Veit.

Voici l'énumération de ces cas :

1. SCHULTZ. — Prolapsus uteri congenitus. Kaiserlautern, 1857.
2. QVISLING. — Prolapsus uteri completus hos et nyfodt Barn. Christiania, 1889.
3. SCHAEFFER. — Bildungs anomalien weiblicher Geschlechtsorgane, 1890.
4. HEIL. — Fall von angeborenem Prolapsus uteri incompletus, 1894.
5. RÉMY. — Spina bifida, Prolapsus génital complet, 1895.
6. KRAUSE. — Kiská slow o mezkíem, 1896.

7. }
8. } Cas de BALLANTYME et THOMSON.

9. Cas de RADWANSKY.

10. Cas de DOLÉRIS.

11. HOFFMANN. — Fall eines Prolapsus uteri bei der Geburt. Berlin, 1825.

12. Cas de VEIT.

Voici maintenant quelques-unes de ces observations que nous avons pu retrouver *in extenso* :

OBSERVATION I

(Ballantyme et Thomson)

Malade âgé de 6 jours. Spina bifida et pied bot. Né à terme. 5 frères ou sœurs normaux. Le col sort de la vulve de 20 millimètres. L'hystéromètre donne 45 millimètres. Rotule absente à droite.

Le spina se rompit et l'enfant mourut.

A l'autopsie on note : sacrum sans promontoire ; détroit supérieur à ses dimensions inférieures à la moyenne. Le détroit inférieur au contraire est plus large que normalement.

OBSERVATION II

(Ballantyme et Thomson)

Enfant à terme présentant un spina bifida flétri, pas de rotule. Double pied bot talus. Le lendemain de la naissance on s'aperçut du prolapsus facilement réductible, mais récidivant. Pas de sillon interfessier. Les fesses forment une pyramide avec l'anus à la pointe. Mort à l'âge de 8 jours. L'hystéromètre mesurait 5 centimètres.

OBSERVATION III

(Remy)

Enfant de 3020 grammes : spina bifida lombaire. Le 5^e jour apparaît le prolapsus ; meurt le 10^e jour : on ne trouve pas de cause au prolapsus.

Notons que dans cette observation incomplète, on n'a pas donné les dimensions de l'utérus.

OBSERVATION IV

(Radwansky)

Enfant né à terme, bien constitué ; présence entre les jambes d'une tumeur rouge de 3 centimètres de long. Col gros. La réduction est facile, mais la récurrence est également prompte.

Application d'un tampon de ouate dans le vagin après réduction ; quelques mois après, l'enfant est revue guérie.

OBSERVATION V

(Veit. *Zeitschrift für Geburtsheilk. u. Gynæcol.*, 1878)

Malade 14 ans et demi. Taille 1 mètre 2 centimètres, présente une véritable collection de malformations : visage très large, tête grosse et ronde. A la hauteur de la 9^e côte se trouve le maximum d'une cyphose dorsale. Dandinement par suite de luxation congénitale ; entre colonne lombaire et sacrum, profonde rainure avec bouquet de poils blancs de chaque côté, (en somme spina bifida occulta).

Articulations ballantes et permettant mouvements anormaux. La malade ne peut donner aucun détail au sujet de l'ancienneté du prolapsus ; il emprunte la paroi vaginale antérieure, la paroi vaginale postérieure. L'utérus donne 6 centimètres à l'hystéromètre.

Comme on le voit, ces cas ne sont pas à proprement parler congénitaux (sauf un) puisqu'ils n'existent pas

au moment même de la naissance, mais comme les hernies inguinales dites congénitales, ils sont le résultat tardif d'une malformation congénitale, malformation qui, dans les cas bien observés, se trouve être un développement monstrueux de l'utérus qui atteint jusqu'à 6 centimètres de profondeur, dimension supérieure à celle de l'utérus adulte.

Nous remarquons encore que presque toujours, il y a eu coexistence de pied bot, de spina bifida et autres malformations analogues, et que dans la majorité des cas, l'enfant n'a pas survécu.

Pour l'observation V, nous ne pouvons affirmer absolument qu'elle soit congénitale, la malade ne pouvant donner aucun renseignement sur l'époque de production de ce prolapsus, nous ferons remarquer seulement que cette absence de souvenir cadre bien avec le fait que la malade l'avait depuis très longtemps et la présence du spina bifida la rapproche singulièrement des observations précédentes.

Cette coexistence du spina bifida nous permet d'avancer une hypothèse à la vérité un peu hardie ; nous savons que cette malformation congénitale retentit souvent sur les racines nerveuses, de façon à produire sur les membres inférieurs des parésies, paralysies, voire même des troubles trophiques. Or, on peut supposer que les mêmes troubles puissent, par l'intermédiaire des rami communicantes, retentir sur le grand sympathique abdominal et de là indirectement sur la musculature lisse qui contribue à former les ligaments suspenseurs de l'utérus et produire ainsi soit de la paralysie, soit de l'atrophie.

CHAPITRE III

DE L'INFLUENCE DE L'EFFORT — CAUSE EFFECTIVE

Dès longtemps, l'influence de l'effort dans la production des prolapsus génitaux chez les nullipares a été jugée extrêmement importante : c'est ainsi que Klinge, qui déclare le prolapsus utérin fréquent chez les religieuses, attribue ce fait à l'influence des chants et de l'attitude debout longtemps prolongée.

M. le professeur Auguste Pollosson, qui l'a également observé, nous a déclaré que c'était exclusivement chez des religieuses hospitalières donnant leurs soins aux malades et les soulevant dans leur lit. (Voir les observations XLI, XLII, XLIII.)

Barnes signale des cas survenus à la suite d'accès de toux, de chute sur le périnée.

Mac Clintock en a vu produits par des efforts de défécation dans la constipation opiniâtre et le rétrécissement du rectum.

Stepkowski cite une jeune fille atteinte de prolapsus qui, dès l'âge de 14 ans, portait des sacs de 40 à 50 kilogs.

Vignard, dans la *Gazette médicale de Nantes*, (1888) en rapporte quelques exemples :

OBSERVATION VI

(Vignard, *Gazette médicale de Nantes*, 1888)

Veuve P..., 60 ans, cuisinière. Nullipare. Le prolapsus a débuté brusquement à la suite d'un effort il y a 14 ans, c'est-à-dire à 46 ans, depuis lors il n'a fait qu'augmenter. A l'examen, utérus sénile de 5 c/m 1/2. Il n'y a ni rectocèle, ni cystocèle.

Cette absence totale de cystocèle et de rectocèle indique bien que le prolapsus est le résultat de l'effort aigu ; le point de départ du prolapsus n'a pas été le vagin tirant sur ses insertions : l'utérus a été primitivement chassé de l'abdomen.

OBSERVATION VII

(Puech)

Une jeune fille vierge de 20 ans, bien constituée, fait un violent effort pour soulever un fardeau : elle ressent une vive douleur dans le bas-ventre et l'utérus se présente à la vulve, à travers l'hymen distendu.

Réduction manuelle, application d'un pessaire : on n'a plus eu de nouvelles de la malade.

OBSERVATION VIII

(Munde, *American Journal of Obstetric*)

Jeune fille vierge, 19 ans : à la suite d'un violent effort elle vit son utérus sortir complètement de la vulve avec douleurs extrêmement vives : Munde appliqua un bandage d'Esmarch qui réduisit. Plus tard la jeune fille revint, la réduction ne s'était pas maintenue et Munde fit l'Alquie-Alexander et la colpoperinéorrhaphie. Guérison.

OBSERVATION IX

(Munde)

Jeune fille, 30 ans, nullipare, ressentit en soulevant un seau plein d'eau une vive douleur dans le ventre avec hémorragie et issue de l'utérus ; après réduction et application d'un tampon, la patiente alla à l'hôpital ; à l'examen on sent l'utérus en bonne position, mais sous la muqueuse on sent un épanchement de sang.

OBSERVATION X

(Munde)

Jeune fille, 24 ans, vierge, rapporte qu'en soulevant un lourd fardeau, elle sentit tomber de son ventre quelque chose qui apparut entre ses cuisses ; à l'examen, prolapsus total dont la réduction fut d'abord impossible à cause de l'œdème, mais qui céda ensuite à un traitement approprié.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Observation de la clinique)

Marie B..., 26 ans, domestique. Nullipare. Réglée à 15 ans régulièrement. En mai 1901, en sortant de l'eau des couvertures de laine, elle sentit une violente douleur dans le ventre.

Deux médecins de Collonges sont venus et ont constaté un prolapsus complet ; la malade souffre quand il n'est pas réduit. Nie tout rapport sexuel.

A l'examen, prolapsus réduit, on ne sent ni cystocèle, ni rectocèle. Col de nullipare, fond utérin retrofléchi.

Le col est très court ; on place un Smith et la malade s'en va très soulagée.

Ici encore, nous notons cette absence de cystocèle et de rectocèle dans un prolapsus aigu.

OBSERVATION XII (Inédite)

(Observation de la clinique)

G. Maria, 20 ans, domestique. Nullipare. Une rougeole à 15 ans, réglée à 13, toujours régulièrement; pertes blanches. Il y a 5 ans, à la suite d'un effort, la malade sentit une douleur violente dans le ventre qui l'obligea à s'aliter. Elle s'aperçut, en même temps, qu'une grosseur était apparue entre ses jambes. Un médecin de Belleville lui mit un anneau, mais les douleurs persistèrent. M. A. Pollosson en mit un autre qui amena une amélioration. Il y a deux mois, elle l'enleva et les douleurs reparurent.

L'utérus mesure $7\frac{1}{2}$ à l'hystéromètre. Le col est hypertrophié. M. le professeur Auguste Pollosson se décida à lui faire une hystéropexie et la malade partie guérie.

OBSERVATION XIII (Inédite)

(Due à l'obligeance du docteur Repelin)

X. 18 ans, fait de la gymnastique : probablement vierge, a depuis longtemps un prolapsus complet, mais ne s'en plaignait pas, car elle le croyait naturel.

Sa mère s'en aperçut à cause des troubles de sa démarche; elle vit un médecin qui fut surpris, car il ne connaissait pas le prolapsus des nullipares, et qui mit un tampon de coton.

Le docteur Repelin consulté ultérieurement, met un pessaire qui soulagea la malade.

Pas d'allongement du col.

OBSERVATION XIV (Inédite)

(Observation de la clinique)

Marie M..., 31 ans, domestique sujette à des travaux pénibles. Réglée à 14 ans, commença dès cette époque à

voir son utérus se prolaber. Quand le prolapsus fut complet, le professeur Freund, de Strasbourg, lui fit un raccourcissement de ses ligaments ronds qui fut suffisant d'abord.

Mais ultérieurement, la malade ayant eu deux accouchements avec le périnée déchiré, le même opérateur lui fit une périnéorraphie.

Après un troisième accouchement, le prolapsus ne put plus être maintenu par le pessaire.

Le 6 octobre 1902, M. le professeur Auguste Pollosson lui fit une hystéropexie abdominale.

Trélat, qui a beaucoup insisté sur l'influence de l'effort, a soutenu (page 339 des *Archiv. de Gynec.*) que le prolapsus des nullipares est toujours aigu : or nous avons essayé d'établir chez les nullipares la fréquence relative des prolapsus aigus et des prolapsus progressifs, chose assez facile, car le prolapsus aigu à symptomatologie douloureuse passe rarement inaperçu ; sur 45 cas nous l'avons relevé 15 fois soit dans $1/3$ des cas et nous sommes loin de l'affirmation de Trélat.

Maintenant, demandons-nous comment l'effort arrive à produire ces prolapsus et surtout comment il se fait qu'il produise tantôt un prolapsus aigu et tantôt un progressif.

Ceci est bien simple : nous savons qu'un effort musculaire considérable produit une augmentation de pression intraabdominale qui tend à faire sortir les viscères par les points faibles de la paroi : or ceux-ci seront tantôt un orifice herniaire et tantôt l'axe vaginal qui n'est lui-même que le trajet herniaire de l'utérus ; mais l'utérus est pourvu d'organes de défense contre le prolapsus :

1° Un système de suspension constitué surtout par les ligaments utero-sacrés qui robustes et presque verticaux constituent une véritable pendule tandis que les autres : ligaments ronds, ligaments larges, ligaments vésico-utérins un peu faibles pour soutenir, sont bien plutôt organes d'équilibration ;

2° Un système de soutènement constitué par deux corps musculaires puissants : le releveur de l'anوس et le périnée, masses épaisses dont la tonicité constitue encore le meilleur soutien de l'utérus ; un seul point faible, le vagin peut livrer passage au col, mais nous savons qu'il ne constitue qu'une cavité virtuelle, que ses deux parois s'accolent et, organes musculaires elles-mêmes, aident le périnée quand elles n'ont pas été distendues trop souvent par les coïts, trop longtemps par l'hypertrophie du col.

Schultze qui a bien étudié la statique utérine nous apprend qu'à l'état normal, l'axe utérin est presque perpendiculaire à l'axe vaginal, mais que ce rapport des axes à cause de la grande mobilité de l'utérus varie continuellement.

Or, quand l'utérus est dans son anteverso-flexion normale, son axe prolongé passe environ vers la dernière pièce sacrée ; l'effort ne peut qu'accoler plus fortement les deux parois vaginales l'une contre l'autre et faire buter le col contre le périnée postérieur très résistant ou même contre le sacrum : en un mot, plus l'effort est considérable et moins il est efficace.

Si, au contraire, l'utérus est en retroposition, son axe prolonge celui du vagin : le col ne trouve devant lui qu'un plan de clivage naturel et l'effort devient

efficace. Or, pour faire de la rétroversion intermittente, il suffit d'une vessie distendue ou de l'interposition entre la vessie et l'utérus d'anses intestinales distendues c'est-à-dire de causes physiologiques et revenant souvent : nous aurons d'ailleurs l'occasion d'insister plus loin sur ces causes.

D'où vient maintenant qu'on a tantôt un prolapsus aigu et tantôt un progressif : notons d'abord que le prolapsus aigu est surtout fréquent chez les nullipares et le progressif chez les multipares : donc le progressif semble surtout relever d'un périnée insuffisant : celui-là, chaque effort journalier réussit à l'entamer : successivement, chaque paroi du vagin l'une après l'autre glisse, descend et se déroule au dehors ; et en descendant, elles attirent progressivement et lentement l'utérus dans son trajet herniaire : pour employer une comparaison classique, le prolapsus progressif est une hernie de faiblesse.

Si, au contraire, le périnée est très résistant, ce qui est le cas pour les vierges et pour celles des nullipares qui n'ont point abusé du coït, si en même temps, l'axe utérin et l'axe vaginal se prolongent l'un l'autre, du fait d'une rétroposition ou d'un allongement hypertrophique du col, on conçoit fort bien que sous un effort violent, l'utérus soit, en quelque sorte, projeté à la vulve, ses ligaments suspenseurs distendus en vertu de leur grande élasticité : c'est là le prolapsus de force par analogie avec la hernie dite de force.

Enfin, et nous croyons que c'est le cas le plus fréquent, le prolapsus qui pendant un certain temps a

été progressif peut un beau jour sous l'influence d'un effort plus violent que de coutume devenir aigu : M. le professeur Auguste Pollosson nous a déclaré avoir observé des cas de ce genre et c'est évidemment dans cette catégorie, que nous devons ranger les cas de prolapsus aigu dans lesquels nous trouvons, en même temps, un peu de cystocèle et de rectocèle, par exemple l'observation XVI.

A ce chapitre, nous devons joindre une cause rare de prolapsus génital que nous plaçons ici, parce qu'elle agit par le même mécanisme que l'effort : nous voulons parler des grosses tumeurs qui augmentent la pression intra-abdominale : tels, par exemple, les kystes de l'ovaire ou telle encore l'ascite non cloisonnée qui, dans la position debout, pèsent de tout leur poids sur les culs-de-sac et réunissent ainsi les conditions initiales de tout prolapsus : mais si cela est vrai au point de vue spéculatif, il n'en reste pas moins que c'est fort rare et nous n'avons trouvé d'observations de ce genre que chez des multipares.

Maintenant que nous avons bien établi l'influence considérable de l'effort dans l'étiologie de ces prolapsus, on pourra nous faire l'objection suivante : si cette influence est réellement aussi efficace, comment se fait-il que toutes les nullipares, au moins celles de la classe pauvre, soumises souvent à des travaux pénibles, n'aient pas de prolapsus, comment ce qui devrait être la règle n'est que l'exception ?

C'est que, pour important que soit l'effort, il ne constitue qu'une cause occasionnelle, qu'un accident : pour devenir tuberculeux, il faut la graine et le ter-

rain ; de même pour devenir prolabée, il faut l'occasion : l'effort, et le terrain : c'est-à-dire un ensemble de dispositions anatomiques, physiologiques ou autres qui mettront en valeur l'influence de l'effort resté stérile sans elles.

Ce sont là les considérations qui justifient notre chapitre IV dans lequel nous étudierons ces causes prédisposantes.

CHAPITRE IV

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Si la cause véritablement efficiente du prolapsus utérin chez les nullipares, l'effort, est unique, il n'en est pas de même de celles qui préparent son action et la rendent efficace : celles-ci sont bien plus nombreuses et variées ; sans avoir la prétention d'être complet, nous les classerons ainsi qu'il suit et étudierons successivement les causes tenant :

- 1° A une faiblesse congénitale des tissus ;
- 2° A l'utérus ;
- 3° Au vagin ;
- 4° Au périnée ;
- 5° Aux ligaments suspenseurs ;
- 6° A la vessie et au rectum.

1° Causes tenant à une faiblesse congénitale des tissus.

On a noté souvent, chez des nullipares frappées de prolapsus, une mauvaise qualité évidente du tissu musculaire soit lisse soit strié ; cette mauvaise qualité a été attribuée :

A l'arthritisme par Richelot, mais on a tant attribué de choses et parfois si dissemblables à l'arthritisme que nous croyons devoir passer outre ;

A l'hérédité : en 1884, Alban Doran publia un tableau qui nous semble moins démonstratif qu'on a voulu le dire. Un homme hernieux compte, dans sa descendance, quatorze personnes, dont six femmes ; là-dessus, sept ont des hernies et une seule femme qui a 62 ans et des enfants présente de la cystocèle ; que ceci soit démonstratif pour les hernies, nous en convenons, mais ce l'est vraiment trop peu pour le sujet qui nous occupe.

Cependant, les mères des nullipares qui nous ont fourni les observations XVI, XVIII, XXXVI, étaient elles-mêmes atteintes de prolapsus.

Tuffier dans la *Semaine médicale* (1894), a étudié et décrit, sous le nom de panoptose, cette maladie des fibres musculaires ; il lui rattache nombre d'affections ou de symptômes, parmi lesquels :

Les rides précoces de la peau ;

Les vergetures post-puerpérales de l'abdomen ;

L'abdomen flasque et ballotant qui se trilobe quand on fait contracter les muscles abdominaux (Malgaigne) ;

La tendance aux hernies ;

Les varices, le pied plat, la flaccidité du scrotum ;

Enfin et surtout, l'ensemble des ptoses viscérales sur lequel a surtout insisté Glénard et qui comprennent entre autres :

La néphroptose, l'hépatoptose, l'entéroptose, les prolapsus génital et rectal, etc.

En effet, dans plusieurs de nos observations, nous notons la coexistence d'une hernie, d'un prolapsus rectal ou d'incontinence d'urine.

OBSERVATION XV (inédite)

(Observation de la clinique)

D..., Marie, 42 ans : premières règles à 18 ans, dernières à 41 ans, célibataire nullipare ; a commencé à 31 ans à souffrir du ventre et des reins et s'est aperçue ensuite de son prolapsus qui est devenu bientôt complet.

Il y a quatre ans, elle vint à l'hôpital où on lui fit une hystéropexie (Laroyenne et Gouilloud).

Le prolapsus récidivant, elle rentre à l'hôpital, on note cystocèle, rectocèle, col non hypertrophié. *Hernie crurale droite*.

Le 11 février 1895, le professeur Laroyenne fait une colpo-perinéorraphie : la malade sort guérie.

OBSERVATION XVI

(Vignard, *Gaz. méd. de Nantes*)

M..., 17 ans a un goitre exophtalmique ; son prolapsus est survenu pendant une attaque d'hystérie dans le service de Charcot ; jeune fille pâle, strumeuse, a eu dans l'enfance de l'incontinence d'urine. Sa mère est également atteinte de prolapsus.

Cystocèle et rectocèle : la cavité utérine mesure 7 centimètres.

Le 3 novembre, Terrillon lui fit une amputation conoïde et une colporraphie antérieure et postérieure.

OBSERVATION XVII

(Vignard)

M^{me} Ch..., 62 ans, cuisinière, a eu incontinence d'urine de 14 à 22 ans ; elle présente du prolapsus rectal ; une seule fausse couche de trois mois à 28 ans. Le prolapsus génital a paru à la ménopause à la suite d'un effort violent pour soulever une marmite. Dès lors, sensation de pesanteur et utérus faisant hernie au niveau des parties.

OBSERVATION XVIII

(Vignard)

G... Julie, 54 ans. Sa mère a du prolapsus génital. Incontinence d'urine jusqu'à 15 ans ; son prolapsus a débuté à 25 ans, époque où, fille de service à la Salpêtrière elle était soumise à des travaux pénibles. Ultérieurement elle devint enceinte et son prolapsus s'accrut considérablement.

Au X^e congrès de chirurgie, Reynier a soutenu une thèse très discutable, mais très originale ; pour lui, la faiblesse musculaire serait secondaire à une débilité primitive des centres nerveux ; il rappelle trois cas cités par Barnes et dans lesquels la faiblesse nerveuse serait consécutive elle-même une fois à l'épilepsie, une fois à une frayeur violente, une autre fois à une chute sur le siège qui aurait retenti sur la moelle.

Enfin lui-même cite les trois cas suivants :

OBSERVATION XIX

(Reynier, X^e congr. franç. de chirurgie)

Jeune fille, 29 ans, est dans un état comateux depuis quelques jours. Depuis 10 jours alitée, fièvre intense. Vierge et sage. Depuis 3 jours prolapsus. La malade ne tousse pas mais a de la diarrhée. Meurt 2 jours après et à l'autopsie, on trouve les lésions intestinales de la dothiéntenterie.

OBSERVATION XX

(Reynier)

Jeune fille de très bonne famille, vierge et sage, prend

pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde un prolapsus aigu à la suite d'un accès de toux.

Quand elle fut tout à fait guérie, le prolapsus récidivant elle fut traitée par des injections de tanin et des bains de siège froids, à la suite de quoi l'utérus cessa de se prolaber. A 58 ans, restée célibataire et vierge, il ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION XXI

(Reynier)

Fillè de ferme chétive, inintelligente ; un jour on lui fit porter un sac rempli de pierres en guise de pommes de terre ; elle sentit brusquement son utérus entre les jambes.

Reynier admet comme cause prédisposante, une trop grande dépense de force nerveuse ; nous croyons bien plus simplement qu'il s'agit là d'un prolapsus par effort.

Nous pouvons joindre à ces observations de Reynier la suivante où cet auteur trouverait peut-être une preuve de plus en faveur de sa théorie, la fièvre typhoïde agissant ici encore comme dépresseur du système nerveux.

OBSERVATION XXII

(Lehr. *Th. de Berlin*, 1893)

Veuve, 58 ans, nullipare, il y a 10 ans ménopause ; il y a 6 ans fièvre typhoïde. Un an après, elle s'aperçut d'un commencement de prolapsus ; toute la paroi antérieure et la paroi postérieure du vagin sont maintenant prolabées. La sonde donne 7 cent. 1/2. Le prolapsus est très difficilement réductible.

Traitement : Colporraphie antérieure et postérieure suivant le procédé d'Hégar.

2^e Causes prédisposantes tenant à l'utérus.

Une première et très importante est la rétroversion de cet organe ; nous avons déjà indiqué plus haut à la suite de Schultze que, quand l'utérus a son antéversion normale, l'influence de la pression abdominale est absolument inutile et qu'au contraire elle devient efficace quand l'axe utérin prolonge l'axe vaginal.

Or, quelles sont les influences qui peuvent mettre l'utérus en rétroversion ?

D'abord l'influence de l'intestin. Le professeur Testut, en 1889, ayant fait congeler le cadavre d'une jeune fille vierge, de 24 ans, trouve l'axe utérin dans le prolongement de l'axe vaginal ; entre la vessie et l'utérus s'étaient glissées de nombreuses anses intestinales remplies de matières stercorales qui maintenaient cette position anormale ; après décongélation dans un bain d'alcool, les anses surnagèrent et l'utérus reprit sa position normale d'antéversion ; ainsi donc, le jeu normal de la digestion suffit dans certain cas à produire la rétroposition.

La vessie a une influence considérable : située immédiatement en avant de l'utérus, à mesure qu'elle se remplit, elle redresse et refoule en arrière cet organe et, au dire de Schultze, dans la réplétion complète, l'axe utérin arriverait à former avec l'axe vaginal un angle ouvert en arrière.

Si on ajoute à cela que la vessie se distendant, distend les ligaments utéro-pubiens, d'utilité bien contestable, il est vrai, dans la suspension de l'utérus, et

si on considère que la femme est bien plus souvent et bien plus longtemps que l'homme « obligée de conserver son urine à cause des bienséances sociales » on sera obligé de convenir que ce n'est pas là un facteur méprisable dans la production des prolapsus.

Le rectum semblerait plutôt en se distendant repousser l'utérus en avant et exagérer l'anteflexion normale, mais en y regardant de plus près, n'agit-il pas plutôt sur le col entier et indirectement à cause des mouvements inverses qu'accomplissent le corps et le col, en repoussant le col en avant, n'a-t-il pas pour effet de repousser le corps en arrière et de mettre ainsi dans le prolongement l'un de l'autre, les axes utérin et vaginal ?

Outre cela, il existe des rétroversions congénitales dites par Schultze infantiles, et on observe également des retroversions traumatiques chez les nullipares à la suite, par exemple, d'un effort aigu qui enclave l'utérus en arrière dans le petit bassin.

Les rétroversions inflammatoires ne sauraient être comptées comme cause de prolapsus, car si elles renversent l'utérus en arrière, d'autre part, elles le fixent solidement dans sa nouvelle position.

Ajoutons à celà les diverses causes d'alourdissement de l'utérus : fibromes, métrites, qui facilitent ou déterminent sa bascule dans le cul-de-sac postérieur.

Enfin, quand le prolapsus est progressif et débute par le vagin, sous l'influence de cette traction, le corps utérin se met en retroposition : ici cette déviation est l'effet plutôt que la cause, mais il faut recon-

naitre qu'une fois la retroversion constituée, la descente de l'utérus s'en trouve beaucoup facilitée.

Une seconde cause tenant à l'utérus est l'allongement hypertrophique du col utérin : mais ici, il faut avancer prudemment, nous rappelant les innombrables discussions que souleva jadis la théorie d'Huguier et la réaction trop exclusive qui suivit ; nous ferons autant que possible la distinction entre l'hypertrophie primitive du col qui est aujourd'hui admise par tout le monde et qui est cause de certains prolapsus comme nous le verrons plus loin, et l'hypertrophie secondaire aux tiraillements du vagin prolabé primitivement et qui, elle, est la conséquence du prolapsus mais non sa cause.

Le mécanisme du prolapsus à la suite d'allongement hypertrophique est facile à saisir : le col trop long ne peut se loger à l'aise dans le cul-de-sac postérieur et est obligé d'épouser au moins en partie l'axe du vagin : d'où une tendance au renversement du corps et ce cas retombe dans la retroversion.

De plus, il alourdit à un certain degré l'utérus et, en maintenant la béance du vagin, il affaiblit d'autant le plancher périnéal et le trajet herniaire constamment ouvert perd de sa tonicité.

Nous sommes persuadé que l'hypertrophie primitive du col est une cause très fréquente de prolapsus chez les nullipares, malheureusement une statistique approximativement exacte est impossible : dans le plus grand nombre des cas, la longueur du col n'est pas notée : de plus, il n'est pas toujours aisé de distinguer dans un allongement hypertrophique s'il est

primitif, ou secondaire aux tractions vaginales en cas de prolapsus progressif. On peut cependant affirmer l'allongement primitif quand on ne note ni cystocèle, ni rectocèle symptomatiques d'un prolapsus vaginal qui aurait entraîné l'utérus.

Or, si nous nous en tenons aux 10 observations consciencieusement prises de M. Lehr, jointes aux 11 nôtres, nous avons 7 cas dans lesquels l'allongement hypertrophique du col était à coup sûr primitif soit environ une fois sur trois.

Voici maintenant quelques-unes de ces observations.

OBSERVATION XXIII

(Villemin, *Bull. Société de Pédiatrie*)

Jeune fille de 14 ans, son prolapsus se produisit brusquement à 12 ans à la suite d'un effort. Douleur et syncope : elle cacha deux ans son infirmité. A la suite d'un nouvel effort, nouvelle syncope et découverte du prolapsus par la famille.

Col utérin très long : la sonde donne 11 centimètres. Le prolapsus est difficilement réductible.

Traitement : Amputation du col et hysteropexie.

OBSERVATION XXIV

(Lehr, *Th. Berlin*)

Augusta M..., 17 ans, nullipare. Depuis un an, à la suite d'effort, chute de l'utérus. Les pessaires employés furent insuffisants. Le col est fortement allongé. La sonde indique 12 centimètres. Ni cystocèle, ni rectocèle. Traitement : Excision cunéiforme de chaque lèvre. Colporraphie antérieure et postérieure.

OBSERVATION XXV

(Lehr)

Augusta H..., 23 ans vierge : depuis quatre ans, prolapsus utérin complet. Douleurs dans le sacrum. Hymen intact, élargi : en avant de la vulve, siège la portion allongée, conique. La sonde mesure 11 centimètres, pas de cystocèle. Amputation du col. Colporraphie antérieure et postérieure.

OBSERVATION XXVI

(Lehr)

J..., 39 ans. Domestique ; depuis trois mois, symptômes de prolapsus ; la vulve bâille et la portion prolabée y apparaît ; la portion sous-vaginale du col mesure 6 centimètres. La sonde intra-utérine 13 centimètres 1/4.

Traitement : Amputation du col : opération de Lawson-Tait.

Ce cas n'est pas absolument type, car, quelques jours après, on s'aperçut de la présence d'un polype intra-utérin qui fut extrait.

OBSERVATION XXVII (Inédite)

(Obs. de la clinique)

Antoinette N..., 21 ans. Réglée à 14 ans. Le prolapsus commença il y a sept ans. Un accouchement, il y a trois ans et demi, qui l'exagéra. Des pessaires ne l'ont pas soulagée.

La portion sous-vaginale du col mesure 5 centimètres. Le 17 avril 1903, M. Condamin amputa les deux lèvres du col, puis fit une périnéorraphie.

OBSERVATION XXVIII (Inédite)

(Obs. de la clinique)

Jeanne G..., 30 ans, couturière, nullipare. A 15 ans, sa première menstruation : depuis dix ans, la malade s'est aperçue d'un abaissement progressif de l'utérus : pas de douleurs, ni de troubles de la miction ; on lui remit à la consultation un anneau rond qui ne soutint pas. Col de nullipare, mais très long ; la cavité utérine mesure 10 centimètres.

Amputation du col le 26 juin 1902 et pessaire.

OBSERVATION XXIV (Inédite)

(Obs. de M. Vallas)

R..., 38 ans, ménagère ; dès l'âge de 15 ans, elle commença à s'apercevoir qu'à la fin d'une journée pénible, son utérus sortait par le vagin ; le col est très allongé, l'hystéromètre donne 11 centimètres.

Elle entre à l'hôpital, surtout pour des coliques, à la suite desquelles l'utérus se maintient hors de la vulve de 5 centimètres même pendant le séjour au lit. A l'examen, grosse collection dans le cul-de-sac postérieur. Le 20, colpotomie. La malade, dont le prolapsus n'est pas très considérable, sort de l'hôpital avec l'intention de revenir pour faire opérer son prolapsus.

Une dernière cause de prolapsus relevant de l'utérus est son augmentation de poids : elle agit absolument de la même façon que la pression abdominale avec cette différence que, appliquée au corps même de l'utérus, elle agit sur une surface de section très faible, au lieu de s'épuiser comme la pression abdominale, sur toute la surface intérieure des parois de

cette cavité : elle est par là, plus efficace et d'ailleurs, elle s'augmente de la pression abdominale à chaque effort du sujet.

Le plus fréquemment il s'agit d'un uterus fibromateux et alourdi de ce fait : on cite une observation de Prochownik dans laquelle l'uterus était double et profond de 7 cent. 1/2. Duplay et Chaput citent un cas d'utérus fibromateux lourd prolapsé chez une nullipare. A la Société obstétricale de New-York, Emmet affirme la fréquence du prolapsus chez les nullipares âgées mais fibromateuses.

Desprès a publié un cas mixte d'inversion et de prolapsus utérin chez une religieuse consécutivement à la descente et au sphacèle d'un gros polype dans un utérus de 13 centimètres.

Enfin voici deux cas de prolapsus consécutifs à des fibromes du col.

OBSERVATION XXX

(Barnes, *Obstetrical Transactions, London*)

L. V., 35 ans, nullipare. Entre les cuisses de la patiente, grosse tumeur rouge avec étranglement au milieu ; l'orifice du col est extrêmement difficile à trouver ; la sonde indique une profondeur de l'utérus de 2 pouces 1/2 ; à la levée inférieure du col on reconnaît un gros fibrome. La tumeur fut pincée entre deux ligatures et réduite après la chute, le dix-neuvième jour. Il se prolaba de nouveau, fut réduit, puis ne tomba plus.

OBSERVATION XXXI

(Breslau, *Monatschrift für Frauenkrankheiten*)

X., 33 ans, vierge, souffre depuis deux ans de métrorrhée

gies. Bientôt sortit de son vagin une tumeur qui bientôt rentra. Un barbier essaya de maintenir avec un pessaire et ne réussit pas.

La lèvre antérieure est le siège d'un volumineux fibrome. Après écrasement, Breslau réduisit et maintint avec éponge imbibée d'acide pyroligneux dilué.

3° Causes tenant au vagin.

Reynier classait les prolapsus en deux catégories : les prolapsus utérins et les prolapsus vaginaux ; cette classification est exacte au moins au début ; la chute pouvant commencer soit par l'utérus soit plus fréquemment par le vagin : or quand celui-ci commence, il finit par entraîner l'utérus et dans ce cas, le prolapsus vaginal est secondaire lui-même à la faiblesse du périnée, et ne peut être invoqué comme cause initiale.

D'ailleurs l'influence du vagin est extrêmement discutée et à son sujet les opinions, les plus contradictoires se croisent. Hohl dans la *Zeitschrift für Frauenkrankheiten* dit que le vagin n'est pas plus cause de prolapsus qu'il n'est organe de soutien. De même, Davis ne croit pas à l'affaiblissement des parois vaginales comme étiologie du prolapsus, car dit-il, le vagin n'est jamais assez contractile pour soutenir l'utérus. Par contre, certains auteurs font remarquer combien il est facile d'abaisser l'utérus lorsque le vagin est distendu par les doubles valves et il semble que la même raison puisse être invoquée dans les cas suivants :

Relâchement considérable et primitif des parois

vaginales à la suite de leucorrhée de très longue durée (Scanzoni).

Masturbation, facteur considérable pour Lehr, et qui agit moins par distension du diaphragme pelvien par corps étranger que par le ramollissement, par l'hyperhémie de tous les organes de soutien. On pourrait ajouter aussi par perte de la tonicité nerveuse, théorie chère à Reynier.

Les excès de coït agissent en élargissant mécaniquement la vulve et le vagin : et par là en distendant le point faible du diaphragme pelvien, enfin en diminuant la tonicité des parois musculaires de cet organe.

Ainsi explique-t-on que le prolapsus se rencontre assez fréquemment chez des prostituées nullipares.

Cette étiologie est affirmée par Von Horlacher dans l'observation suivante.

OBSERVATION XXXII

(Von Horlacher, *Münch. med. Wochenschr.*, 1889)

Enfant de 14 ans trois mois, non menstruée ; paysanne lithuanienne bien nourrie, bien bâtie ; puberté non encore survenue. Paroi vaginale amincie ; utérus long de deux pouces. Cystocèle et rectocèle. Prolapsus progressif dû à de nombreux coïts consentis par la malade, ce dont on s'aperçut par ce fait qu'à un second examen le pessaire paraît mal placé et ne peut être enlevé, la petite fille l'ayant enlevé pour le coït et l'ayant mal remplacé.

C'est ici la place de rappeler qu'une malade de Reynier citée plus haut, guérit de son prolapsus sous

l'influence constrictive de bains de siège froids et d'injections vaginales au tanin.

Une autre cause de prolapsus relevant du vagin consiste dans la diminution de sa profondeur; il existe des femmes dites à vagin court et qui de ce fait sont plus prédisposées que les autres aux maladies gynécologiques. Cela s'explique pour les prolapsus, par ce fait que les muscles qui constituent le périnée sont moins épais quand le vagin est plus court et que, comme dans l'observation suivante, il y a souvent en même temps un certain degré d'infantilisme et probablement aussi, insuffisance des appareils de suspension; enfin, par suite de cette diminution de profondeur du vagin, le col utérin se trouve reporté en avant et, là encore les deux axes vaginal et utérin tendent à se prolonger l'un l'autre.

OBSERVATION XXXIII

(Lehr, *Th. Berlin*, 1893)

Pauline Sk..., 23 ans, nullipare; atteinte de prolapsus depuis deux ans; pessaire insuffisant; femme petite, mais bon état général. Le prolapsus est complet avec cystocèle et rectocèle très accusés; la sonde indique 5 centimètres. Le vagin est très court; il y a en somme, un certain degré de non développement des organes génitaux internes et l'utérus et le vagin sont dans un même axe.

Nous avons trouvé encore signalé comme cause relevant du vagin le rejet en arrière de l'ouverture vulvaire; mais on comprend de suite que cette position reculée est la conséquence d'un raccourcissement particulier du périnée dont nous allons nous occuper bientôt.

4^e Causes tenant au périnée.

Il est généralement admis par les gynécologues que de tous les organes de soutien de l'utérus, le périnée est le plus important; aussi, ses altérations constitueront-elles dans l'étiologie des prolapsus un facteur considérable; ce sont les déchirures sous-muqueuses ou exposées de ses muscles qui causent chez les femmes qui ont accouché, cette infirmité si fréquente et c'est son intégrité qui fait le prolapsus si rare chez les nullipares..

Mais toutes les nullipares n'ont pas le périnée indemne; voici un cas où le périnée fut déchiré non par un accouchement, mais par un viol.

OBSERVATION XXXIV

(Lambret, *Echo médical du Nord*)

S..., Noëmi, 23 ans; père mort jeune, mère bien portante, a eu des bronchites, des adénopathies. A 12 ans a été violée, d'où déchirure périnéale qui se cicatrisa comme elle put. Les règles apparurent à 17 ans, en même temps, elle commença à s'apercevoir du prolapsus; l'utérus dépasse la vulve de plusieurs centimètres dans la position debout, et se réduit en partie dans l'horizontale. La cavité utérine mesure 6 cent 1/2. Le périnée a la fourchette détruite et la vulve n'est séparée de l'orifice anal que par un pont très étroit.

Traitement: d'abord, Alquié-Alexander, puis récidence du prolapsus et colpo-périnéorrhaphie.

Les autres conditions qui rendent le périnée impropre à remplir ses fonctions sont: d'abord, sa fai-

blesse congénitale qui met un périnée de nullipare dans les conditions d'un périnée fatigué par des grossesses multiples ; que cette faiblesse soit due au manque de tissu ou à sa débilité ; or nous avons fait plus haut l'étude de cette dernière condition, en tant que maladie générale des tissus. Quant au manque de tissu, c'est une malformation imputable à un trouble dans le développement embryologique, ainsi que l'explique fort bien Cerné dans un article de la *Normandie médicale*, que nous résumons ici avec l'observation qui a été le point de départ.

OBSERVATION XXXV

(Cerné, *Normandie médicale*)

Malade ayant un hymen de forme rare ; anneau très mince, très souple, interrompu en arrière sur l'étendue de 1 cent. 1/2 environ, où la colonne postérieure du vagin se continue directement avec le vestibule. Elle nie tout rapport sexuel ; col nettement virginal ; les pointes postérieures de l'hymen se continuent avec la muqueuse vulvaire sans trace de déchirure, sans cicatrice ; périnée très court, d'épaisseur amoindrie.

« Ces deux faits, absence d'hymen en arrière et manque d'étendue du périnée me paraissent liés l'un à l'autre et constituent une anomalie congénitale, une malformation embryonnaire. »

Le périnée se forme par la réunion de bourgeons latéraux qui se réunissent sur la ligne médiane en repoussant l'orifice anal en arrière et cet accollement se fait d'arrière en avant ; plus il se poursuit loin, plus l'étendue du périnée est grande.

L'hymen est une formation vagino-vestibulaire occupant tout ou partie de l'orifice vaginal, plus constamment son segment postérieur; si le périnée s'est insuffisamment formé par la soudure incomplète des bourgeons, ce segment postérieur ne donnera pas naissance au repli normal et la muqueuse vaginale se continuera directement avec la vestibulaire.

Ceci est peu de chose, mais il est de règle dans les anomalies embryonnaires qu'elles soient complexes; donc, les organes de suspension doivent être insuffisants.

OBSERVATION XXXVI

(Trelat, *Ann. de Gynéco.*, 1888)

M..., Blanche, 22 ans, lingère; mère morte à 32 ans aurait porté pessaire; violemment déflorée à 18 ans. Syphilis un an après. En 1885, fausse couche de trois mois sans complications.

Un peu de cystocèle et de rectocèle; prolapsus rectal également. Col utérin à la vuive; à l'examen, périnée réduit à une bande mince et étroite dont les doigts placés dans le vagin et l'anus perçoivent la débilité.

OBSERVATION XXXVII (inédite)

(Observation de la clinique)

Rosa C..., 24 ans, domestique. Pas d'enfant, pas de faussé couche; il y a un an, la malade s'est aperçue que son utérus sortait des grandes lèvres.

Depuis 6 mois, douleurs qui se sont installées spontanément, localisées aux reins; depuis 6 mois également, quelques troubles de la miction. Col de nullipare un peu gros, allongé.

Périnée insuffisante malgré qu'il n'a jamais été déchiré. Le doigt du vagin et celui du rectum ne sont pour ainsi dire séparés que par l'épaisseur de deux muqueuses.

Le 21 mars 1903, M. Condamin lui fait une perinéorraphie. La malade sortit soulagée et reprit son travail ; le résultat se maintint jusqu'en août 1903 où le prolapsus récidiva.

Elle entra le 16 novembre 1903 dans le service de M. le professeur agrégé Tixier à l'obligeance duquel nous devons ce complément d'observation.

Le col apparaît à la vulve, allongé ; colpocèle antérieure et postérieure. Deux travers de doigt séparent la commissure postérieure et l'anus ; on voit la cicatrice de l'opération antérieure. La cloison recto-vaginale est très mince ; très faible. Le méat apparaît à la vulve.

Le 23 novembre laparotomie sous-ombilicale ; M. Tixier enlève l'ovaire droit volumineux avec la moitié externe de la trompe correspondante. Fixation de l'isthme utérin à la paroi abdominale par deux tendons de renne. Fixation du ligament large droit par un point à la paroi. Pansement sec. La malade sort le 13 décembre 1903, guérie ; on sent le col au bout du doigt.

OBSERVATION XXXVIII (inédite)

(Observation de la clinique)

Joséphine T..., 15 ans, cultivatrice. Réglée à 14 ans ; il y a 6 mois, la malade a remarqué l'apparition du col utérin à la vulve. La malade ne souffre nullement de son prolapsus ; sauf sensation de pesanteur après travail pénible. Corps petit, col non hypertrophié. Le vagin est d'accès facile, en effet le périnée n'existe pour ainsi dire pas.

Le 4 août 1902, M. Condamin lui fait une perinéorraphie.

Enfin il est une dernière cause de faiblesse du péri-

née ; normalement, sous le péritoine on trouve une couche de tissu cellulaire qui matelasse en quelque sorte. Bien plus, dans le pelvis et le périnée, tous les interstices musculaires sont comblés par ce ciment pelvien (Bouilly) qui augmente considérablement la tonicité et la force de cohésion du périnée ; or on connaît quelques-uns des inconvénients qui accompagnent chez quelques individus l'amaigrissement excessif venant après un bon état général ; cette disparition de la graisse qui a produit plus d'une hernie et plus d'une ectopie rénale, s'accompagne aussi quelquefois de prolapsus génital.

OBSERVATION XXXIX

(Prochownik. *Arch. für Gynæco*)

Servante de 20 ans ; le prolapsus survint en 7 mois dans un service pénible avec nourriture insuffisante ; à l'examen on s'aperçoit que l'on a affaire à un utérus double de 7 cent. $1/2$ sortant de la vulve de 3 cent. $1/2$. Le vagin semble une paroi mince, sans tissu cellulaire, ridée ; le petit bassin est aussi pauvre en tissu cellulaire ; c'est comme si la paroi osseuse était directement tapissée par le vagin ; les moindres saillies osseuses sont anormalement senties.

A cause du manque de tissu, aucune opération ne fut proposée mais la malade qui d'abord porta pessaire, guérit par relèvement de l'état général et engraissement ; son poids initial qui était de 95 livres étant arrivé à 121.

OBSERVATION LX

(Lehr, *Th. Berlin*)

Catherine G..., 20 ans, servante nullipare ; la malade montait un escalier avec un enfant de 8 ans sur les bras ;

elle sentit soudain une violente douleur eut une syncope et en même temps quelque chose sortit du vagin. Elle raconte que pendant son service, elle était devenue remarquablement maigre.

Tumeur de la grosseur d'un œuf qui est hors des deux parois vaginales retournées ; l'hystéromètre donne 9 centimètres.

Réduction à l'aide de vaseline, repos au lit ; application de tampons de glycérine iodée. Bientôt l'utérus ne sortant plus par les efforts, la malade partit mais il récidiva dans la suite ; la malade revint et on lui fit une colpo-perinéorraphie.

5° Causes tenant aux ligaments.

Nous avons rapporté plusieurs fois la théorie courante d'après laquelle, dans la statique utérine, le système de soutènement, le périnée, serait tout et l'appareil de suspension, les ligaments peu de chose. Ce n'est cependant pas une raison pour passer sous silence l'importance même minime qu'ont leurs altérations dans la pathogénie des prolapsus ; de plus, leur influence est peut-être plus considérable qu'on ne le dit ; rappelons ici le cas de Prochownik dans lequel, malgré une véritable absence de périnée, le prolapsus n'est survenu qu'à l'âge de 20 ans à la suite d'un effort prolongé et avec un utérus double.

Or, parmi eux les ligaments utero-sacrés sont un moyen de suspension assez solide ; presque verticaux, ils constituent le procédé mécanique de suspension le plus élémentaire et leur allongement est une condition nécessaire à la production des prolapsus ; en outre, cet allongement permet plus particulièrement au

col près duquel ils s'insèrent de se porter en avant et au corps, en vertu du mouvement de bascule, de tomber en arrière dans une position de rétroversion.

Les autres ligaments moins puissants servent beaucoup plus à équilibrer l'utérus qu'à le soutenir ; en particulier, les ligaments ronds, comme l'a montré Spiegelberg, contrebalançant l'influence de la réplétion de la vessie et, après qu'elle s'est vidée, ramènent l'utérus dans sa position normale.

Il sera dès lors aisé de comprendre de quelle façon agiront les lésions de ces organes fibro-musculaires. Or, les auteurs font souvent de leur distension la cause des prolapsus, mais il nous semble que sur ce point comme sur bien d'autres, ils ont pris l'effet pour la cause. Nous devons ajouter que cette facilité des ligaments à se laisser distendre n'est qu'un cas particulier de la faiblesse générale des tissus, maladie décrite par Tuffier sous le nom de panoptose et sur laquelle nous avons suffisamment insisté plus haut.

Notons cependant que la distension des ligaments vésico-utérins n'a pas toujours comme cause le prolapsus utérin mais bien souvent la distension de la vessie et qu'il en pourrait être de même jusqu'à un certain point de la distension du rectum pour les ligaments utero-sacrés.

Pour être complet nous pouvons ajouter que Davis incrimine l'affaiblissement de tous les ligaments en général, tandis que Dugès et Boivin excluent les ligaments ronds et les ligaments larges comme toujours insuffisants et accusent le seul relâchement des cordons utero-pubiens et utero-sacrés.

6° Causes tenant à la vessie et au rectum.

Nous avons évoqué plus haut les conséquences que peuvent avoir la distension de la vessie et du rectum ; aussi ne voulons-nous pas nous y étendre à nouveau ; pour nous, la vessie agit en mettant l'utérus en retro-position et en distendant les ligaments vésico-utérins, mais Scanzoni admet une autre interprétation ; pour lui, la distension de la vessie s'accompagne de distension de la paroi vaginale antérieure et à la longue cette succession d'élongations et de retours à la normale produit une diminution de la tonicité d'où cystocèle que l'on trouve très fréquemment à l'origine des prolapsus.

Enfin, Fritsch explique ainsi les prolapsus utérins consécutifs aux prolapsus rectaux : le rectum en descendant entraîne le Douglas et les ligaments utéro-sacrés privés d'une solide attache supérieure laissent l'utérus tomber en bas. Les autres facteurs tenant au rectum et quelquefois cités, par exemple la constipation opiniâtre, le rétrécissement du rectum dans les trois cas de Mac Clintock de prolapsus chez des vierges doivent agir beaucoup moins par distension du rectum et allongement des ligaments utéro-sacrés que par les efforts considérables qu'entraînent ces affections.

Arrivés au terme de ce long chapitre, nous craignons de nous être laissé entraîner par l'énumération de toutes ces causes prédisposantes et d'avoir, en insistant ainsi, effacé dans l'esprit du lecteur l'impres-

sion que, dans la production des prolapsus, la notion étiologique importante, l'influence qui ne fait jamais défaut : c'est l'influence de l'effort et nous ne pouvons mieux terminer qu'en citant Trélat qui, allant encore plus loin que nous, incriminait l'effort dans le prolapsus même des grandes multipares et disait : « Combien de femmes dont le périnée est déchiré, qui n'ont plus à proprement parler qu'un cloaque, et qui cependant n'ont point de prolapsus : c'est qu'il leur a manqué l'action efficace de l'effort violent ou répété. »

OBSERVATION XLI

(Communiquée par M. le professeur Auguste Pollosson)

M^{lle} X..., 35 ans, habite la campagne où elle se livre à des travaux pénibles ; elle se présente à l'observation de M. Auguste Pollosson le 2 juin 1893 ; elle présente un prolapsus utérin avec issue du col hors des parties génitales sans cystocèle ni rectocèle prononcées. Les parois du vagin sont assouplies et l'orifice vulvaire distendu de façon à laisser croire qu'il s'agit d'un prolapsus survenu chez une multipare et pourtant la malade n'a jamais eu d'enfant. Elle raconte qu'un an avant, en soulevant un sac assez lourd, elle a éprouvé une douleur violente dans le bas ventre et que depuis, elle a toujours souffert pendant les efforts.

L'utérus abaissé a un volume à peine supérieur au volume normal ; on le repousse d'ailleurs aisément. M. Auguste Pollosson place alors un pessaire en gimblette qui est bien supporté et qui suffit pour maintenir une bonne réduction.

OBSERVATION XLII

(Communiquée par M. le professeur Auguste Pollosson)

M^{lle} X..., religieuse hospitalière, 32 ans, vient consulter

M. Auguste Pollosson pendant l'année 1900 ; elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre et les reins survenant surtout pendant les efforts ; elle raconte que ces douleurs sont apparues depuis environ deux ans et ont débuté à une époque où elle eut à soigner une malade qu'elle était souvent obligée de soulever dans le lit. Depuis, les malaises ont été croissant.

A l'examen, le col apparaît à la vulve ; au toucher, on trouve l'utérus abaissé et en rétroversion légère. Les culs-de-sac sont presque effacés ; l'utérus est de volume normal et il n'y a aucune lésion des annexes ; des tentatives ont déjà été faites pour soutenir l'utérus au moyen de pessaires de petit volume.

Après quelques mois de traitement par des pessaires de plus en plus volumineux, M. Auguste Pollosson se décide à conseiller une ventro-fixation qui est pratiquée en janvier 1901.

Depuis lors, la malade a été soulagée et a pu reprendre ses occupations.

OBSERVATION XLIII

(Communiquée par M. le professeur Auguste Pollosson)

X..., religieuse hospitalière, 26 ans, vient consulter M. Auguste Pollosson dans le cours de l'année 1902 ; elle sent des douleurs dans les reins et présente un abaissement utérin avec rétroversion légère. Le col arrive à peu près à l'orifice vulvaire. Tout travail pénible est rendu impossible. Le début des malaises remonte à plus d'une année et la malade raconte que les douleurs ont apparu à une époque où elle eut à remplir et effectuer des travaux pénibles.

Après quelques tentatives infructueuses pour soulever l'utérus et le maintenir avec des pessaires, M. Auguste Pollosson dut pratiquer une ventro-fixation qui fut faite en avril 1903 et depuis lors la malade a été soulagée et peut être considérée comme guérie.

CONCLUSIONS

- I. Le prolapsus génital chez les nullipares n'est pas fréquent puisque notre statistique donne une proportion de 2,9 %.
- II. Le prolapsus congénital est très rare, il n'en existe qu'une douzaine d'observations ; il apparaît souvent chez des enfants non viables, en coexistence avec d'autres malformations dont la plus fréquente est le spina bifida.
- III. Il faut distinguer le prolapsus des nullipares vierges de celui des nullipares déflorées, les coïts répétés frayant évidemment la voie à l'utérus.
- IV. Le prolapsus génital chez les nullipares survient toujours sous l'influence de l'effort, qu'il s'agisse d'un prolapsus aigu ou d'un progressif.
- V. L'action de l'effort est préparée ou facilitée chez les nullipares par certaines conditions prédisposantes dont les plus importantes sont :
La faiblesse congénitale des tissus musculaires ;

L'allongement hypertrophique du col utérin ;

La retroversion de l'utérus passagère ou permanente ;

L'absence ou l'atrophie congénitale du périnée.

VU :

Le Président de la Thèse

M. POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 17 décembre 1903,

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCH. — *Über Prolapsoperationen*, Breslau, 1886.
- BARNES. — *Trans. of the obstetrical Society of London*, 1884.
- BARNES. — *Traité clinique des maladies de femmes*, 1876.
- BOURSIER. — *Traité de gynécologie*, 1903.
- BRESLAU. — *Monatschrift für Frauenkrankheiten*.
- CERNÉ. — Prolapsus chez une nullipare, *Normandie médicale*, 1901.
- CHURCHILL. — *Maladie des femmes*.
- COURTY. — *Traité des maladies de l'utérus*, 1881.
- DESPRÈS. — Inversion totale et procidence chez une vierge. *Bull. de Société de chirurgie*, 1880.
- DOLERIS. — Prolapsus congénital et spina bifida. *Ann. de Gynécologie*, 1898.
- DORAN. — *Trans. of the obstetrical Society of London*, 1884.
- FERRARI. — Diss., Marb. 91. *Protokoll*, vom 16.
- FRITSCH. — *Lageveränderungen der Gebärmutter*.
- GALLARD. — *Leçons cliniques sur les maladies de femmes*, 1879.
- HOHL. — *Neue Zeitschrift für Geburtskinderheit*, 1848.
- JOUE. — Pathogénie et trait. des prolapsus. *Th. Paris*, 1888.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*.
- LAMBRET. — Prolapsus des nullipares. *Echo médical du Nord*, 1900.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*.

- LEHR. — *Ætiologie des Uterusprolapsus bei Nulliparen*, Berlin, 1893.
- LIEBMANN. — Fall von Prolapsus bei siebzehnjährigen Nulliparè. *Centralblatt für Gynæcologie*, Leipzig, 1894.
- LUTAUD. — *Manuel des maladies des femmes*, 1888.
- MUNDE. — Prolapsus aigu chez une nullipare. *Ann. de gynéco.*
- MUNDE. — Forceible and complete prolapse in a virgin. *American journal of obstetric*, 1880.
- NONAT. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1870.
- PROCHOWNIK. — *Archives für Gynæcologie*.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*.
- QVISLING. — Prolapsus complet chez un nouveau-né. *Arch. für Kinderheit*. Stuttgart 1890.
- REYNIER. — *X^e Congrès de chirurgie*, 1896.
- SCANZONI. — *Traité pratique des maladies des organes sexuels chez les femmes*, 1858.
- SCHULTZE. — *Traité des déviations utérines*.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*.
- TRÉLAT. — Des prolapsus utérins et de leur mode de production. *France médicale*, 1887.
- TRÉLAT. — Leçons sur les prolapsus génitaux. *Ann. de gyn.* 1888.
- TUFFIER. — La panoptose. *Semaine médicale*, 1894.
- VEIT. — *Zeitschrift für Geburtsheit und Gynæcologie*.
- VIGNARD. — De l'hérédité des prolapsus et hernies. *Gazette médicale de Nantes*, 1888.
- VILLEMIN. — Prolapsus génital chez une enfant. *Bulletin Soc. de pédiatrie*, 1901.
- VON HORLACHER. — *Münchener medical Wochenschrift*, 1889.

